N° 245.

ESSAI

SUR L'APOPLEXIE,

OU

HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE;

Thèse présentée et soutenue à la Faculté de Médecine de Paris, le 20 août 1830, pour obtenir le grade de docteur en médecine;

PAR GUILLAUME-EDMOND VILLEROY, de Balleroy,

Département du Calvados;

Bachelier ès-lettres et ès-sciences de l'Académie de Paris; Élève des hôpitaux de la même ville.

« Lorsqu'un respect superstitieux pour la tombe empêchait d'interroger l'homme « mort pour en faire sortir l'utilité de l'homme vivant, la plupart des maladies « étaient essentielles, générales, sans siége; on s'imaginait qu'elles ne laissaient « après elles aucune trace. Plus tard, lorsque la philosophie introduisit son flam- « beau au milieu des peuples civilisés; il fut enfin permis de porter un regard scru- « tateur dans les restes inanimés du corps humain; et ces débris, naguère la vile « proie des vers, devinrent la source féconde des vérités les plus utiles. »

ROSTAN, *Cours de méd. clin.*, t. 1.

A PARIS,

DE L'IMPRIMERIE DE DIDOT LE JEUNE,

Imprimeur de la Faculté de Médecine, rue des Maçons-Sorbonne, n. 13.

1830.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. DUBOIS, Doyen.	Messieurs.
Anatomie	CRUVEILHIER.
Physiologie	DUMÉRIL.
Chimie médicale	ORFILA, *Examinateur.*
Physique médicale	PELLETAN.
Histoire naturelle médicale	CLARION, *Suppléant.*
Pharmacologie	GUILBERT.
Hygiène	ANDRAL, *Examinateur.*
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. / ROUX.
Pathologie médicale	FIZEAU. / FOUQUIER.
Opérations et appareils	RICHERAND, *Président.*
Thérapeutique et matière médicale	ALIBERT, *Examinateur.*
Médecine légale	ADELON.
Accouchemens, maladies des femmes en couches et des enfans nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	CAYOL. / CHOMEL. / LANDRÉ-BEAUVAIS. / RÉCAMIER.
Clinique chirurgicale	BOUGON. / BOYER. / DUBOIS. / DUPUYTREN.
Clinique d'accouchemens	DENEUX.

Professeurs honoraires.

MM. DE JUSSIEU, DES GENETTES, DEYEUX, LALLEMENT, LEROUX.

Agrégés en exercice.

Messieurs	Messieurs
Baudelocque.	Dubled.
Bayle.	Dubois.
Bérard.	Gerdy.
Blandin.	Gibert.
Bouillaud.	Hatin.
Bouvier.	Lisfranc, *Examinateur.*
Briquet.	Martin Solon, *Examinateur.*
Brongniart.	Piorry.
Cloquet.	Rochoux.
Cottereau.	Sandras, *Suppléant.*
Dance.	Trousseau.
Devergie.	Velpeau.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A M. VACHÉ, MON AÏEUL.

A M. VILLEROY, MON ONCLE,

Docteur en médecine.

A MES TANTES VILLEROY.

G.-E. VILLEROY.

ESSAI

SUR L'APOPLEXIE,

OU

HÉMORRHAGIE CÉRÉBRALE.

De toutes les maladies du cerveau, la plus fréquente et la plus terrible, à raison de la rapidité avec laquelle elle vient ravir l'existence, est sans contredit l'apoplexie. Aussi que d'auteurs depuis *Hippocrate* jusqu'à nos jours ont fait de cette affection le sujet de leurs méditations! Mais n'ayant pour guide dans leurs travaux que leur imagination, les médecins des siècles qui ont précédé le nôtre se sont en vain efforcés d'expliquer d'une manière satisfaisante la formation de l'apoplexie, et ont créé ces hypothèses qui nous paraissent si ridicules. Combien d'erreurs se seraient-ils épargnées s'ils eussent étudié la nature, si féconde en résultats positifs.

Le mot *apoplexie* vient du verbe grec ἀποπλήττειν, qui signifie *frapper fort*, parce que les sujets atteints de cette maladie tombent comme les victimes que l'on immole. Je ne citerai que quelques-unes des opinions chimériques que la plupart des médecins se sont formées sur la nature de cette maladie. *Arétée* supposait une déperdition instantanée de la chaleur animale; *Galien*, l'opplétion subite des

ventricules du cerveau par une humeur froide et mélancolique. *Paracelse* alla même jusqu'à supposer trois gouttes de sang suspendues au cerveau, et disposées de manière que si la goutte droite, gauche ou centrale, venait à tomber sur le cœur, il s'ensuivait immédiatement la paralysie du côté droit, du côté gauche, ou la mort. Une telle explication ne suffit-elle pas pour nous donner une idée des connaissances que l'on avait alors en anatomie?

Lorsque l'on eut cultivé l'anatomie pathologique, et qu'elle eut fait découvrir des épanchemens morbides soit dans la substance même du cerveau, soit à sa surface ou dans les ventricules, dans tous les cas où l'on observa des symptômes d'apoplexie on les attribua à ces épanchemens. Mais alors sous le nom d'*apoplexie* se confondirent toutes les affections cérébrales. La définition qu'en donnent les médecins de ces temps nous en fournit la preuve. Suivant *Sydenham*, cette maladie n'est autre chose qu'un profond sommeil et une privation entière du sentiment et du mouvement, à l'exception de la respiration, que les malades ont difficile et avec ronflement. *Cullen* croit qu'elle consiste dans une maladie dans laquelle tous les sens extérieurs et intérieurs et tous les mouvemens volontaires sont jusqu'à un certain point détruits, tandis que la respiration et l'action de cœur persistent.

Plus tard les médecins, rencontrant des collections morbides de sang ou de sérosité dans le crâne d'individus morts promptement, distinguèrent l'apoplexie en *sanguine* et en *séreuse*. Cette division fut soutenue par deux médecins célèbres, *Morgagni* et *Boërhaave*. Comme quelquefois à l'examen cadavérique on ne trouva rien pour se rendre raison de la mort subite, on créa une troisième espèce d'apoplexie, que l'on appela *apoplexie nerveuse*. Tout en reconnaissant les deux causes principales de cette maladie, le sang et la sérosité épanchée, l'on admit encore, comme pouvant la produire, le plus grand nombre des altérations aiguës ou chroniques du cerveau et de ses membranes. M. *Luillier-Winslow* divise l'apoplexie en huit espèce : 1°. Apoplexie idiopathique par épanchement sanguin ou séreux dans les

ventricules du cerveau; 2°. idiopathique par épanchement sanguin séreux ou purulent dans l'épaisseur du cerveau; 3°. idiopatique par développement de tumeurs; 4°. idiopathique par réplétion sanguine artérielle; 5°. idiopathique par réplétion sanguine veineuse; 6°. idiopathique par réplétion des sinus; 7°. idiopathique nerveuse; 8°. symptomatique nerveuse. (Dictionnaire des sciences médicales.) M. *Portal*, ayant bien senti les inconvéniens des divisions de l'apoplexie en espèces, n'établit d'autre division que celle résultant naturellement de ses causes apparentes. MM. *Montain*, dans leur Traité de l'apoplexie, nient l'existence de l'apoplexie séreuse, et placent son siége dans le système vasculaire et nerveux.

Une étude plus approfondie des faits, s'étayant surtout de recherches scrupuleuses d'anatomie pathologique, a eu de nos jours des résultats plus positifs; on a mieux senti l'importance d'attacher au mot *apoplexie* une acception fixe et claire : « La thérapeutique des maladies de l'encéphale, dit M. le professeur *Lallemand*, ne peut présenter quelque chose de positif et de rationnel que lorsque les symptômes et la nature de chacune seront bien connus. C'est pour arriver a ce but que MM. *Lallemand*, *Rostan*, *Rochoux*, etc., réservent le nom d'*apoplexie* à l'hémorrhagie cérébrale. Ils pensent que l'apoplexie est toujours sanguine. Suivant eux, toutes les autres maladies qui étaient groupées sous le nom générique d'*apoplexie* doivent figurer dans les cas nosologiques. Ne nous dissimulons pas cependant que quelques praticiens célèbres admettent encore des apoplexies séreuses et nerveuses. Ils disent qu'il y a apoplexie séreuse quand à l'ouverture des cadavres d'individus qui ont succombé à des symptômes dits *apoplectiques*, on trouve de la sérosité soit à l'extérieur du cerveau, soit dans la cavité des ventricules entre l'arachnoïde et la pie-mère. Suivant eux, la sérosité est la source de tous les symptômes. Mais n'est-il pas prouvé par les travaux de *Cotugno*, et plus récemment par ceux de M. *Magendie*, qu'il existe toujours dans l'intérieur du crâne et du canal vertébral une certaine quantité de sérosité, et que cette sérosité est destinée à remplir les vides qui existent dans la cavité cé-

phalo-rachidienne? De plus, M. *Serres* a démontré que le cerveau peut supporter impunément une compression assez considérable. Ne trouve-t-on pas constamment dans le crâne d'individus qui succombent après une longue agonie sans aucun symptôme cérébral à la suite d'une maladie des poumons ou du cœur, par exemple; ne trouve-t-on pas, dis-je, de la sérosité soit dans les ventricules, soit entre l'arachnoïde et la pie-mère? Sous le rapport des symptômes, les épanchemens séreux et sanguin diffèrent beaucoup; dans le premier rarement il y a instanéité lors de l'invasion, et il n'y a jamais de paralysie; presque toujours il y a des paroxysmes de fièvres et un état comateux; sa marche est graduelle. Dans le second, au contraire, il y a rupture d'un ou plusieurs vaisseaux dilacérés de la substance cérébrale; aussi la paralysie et l'hémiplégie sont-elles ses caractères les plus constans. Ce sont ces considérations qui ont fait rejeter l'apoplexie séreuse à l'article des fluxions séreuses de l'arachnoïde et de l'hydropysie aiguë des ventricules. Les anciens disaient qu'il y avait apoplexie nerveuse toutes les fois qu'ils ne trouvaient point d'altérations sensibles capables d'expliquer les symptômes dits *apoplectiques* qu'ils avaient observés. Elle est beaucoup moins fréquente depuis les beaux travaux qui nous ont fait connaître le ramollissement cérébral; il est évident, pour moi, qu'elle a souvent été prise pour cette dernière affection. Jamais dans ces prétendues apoplexies nerveuses l'on n'a observé les symptômes de l'hémorrhagie cérébrale bien caractérisés; il y a toujours un état comateux et non une hémiplégie.

Définition. Le mot *apoplexie* sera, pour nous, synonyme d'*hémorrhagie cérébrale.* Cette dernière dénomination, employée pour la première fois par MM. *Rochoux*, *Rostan* et *Lallemand*, est propre à faire connaître la nature de la maladie qui nous occupe, et partant je définis l'apoplexie une hémorrhagie de l'encéphale par rupture, avec altération plus ou moins profonde de sa substance.

Division. M. *Moulin*, ne considérant que l'absence ou la présence

des symptômes fébriles, divise l'apoplexie en *active* et en *passive*. D'autres auteurs la divisent en *artérielle* et en *veineuse*. Cette division, très-juste sous le rapport de l'épanchement, puisqu'en effet le sang peut être *artériel* ou *veineux*, me semble futile et inutile pour le diagnostic et le traitement. *Pinel*, ayant égard à l'intensité des symptômes, la divise en *faible* et en *forte*. M. *Rostan* propose de diviser l'hémorrhagie en *hémorrhagie très-forte* ou *foudroyante*, en *moyenne* et en *faible*. Suivant ce médecin, les symptômes propres à ces trois degrés de la même affection sont si tranchés, qu'on pourrait en faire trois maladies différentes. Cette division me semble la meilleure, parce qu'elle est fondée sur des recherches d'anatomie pathologique, parce qu'elle favorise l'étude, et qu'elle sert à porter un diagnostic plus ou moins fâcheux. Ainsi nous admettons trois degrés dans l'hémorrhagie cérébrale.

Des causes de l'hémorrhagie cérébrale.

Causes prédisposantes. Elles sont particulières à l'individu ou bien se rattachent à l'hygiène.

1°. *Causes individuelles.* « Un embonpoint excessif, un état habituel de pléthore, une tête volumineuse supportée par un cou court, » forment, suivant quelques auteurs, une constitution qui prédispose beaucoup à l'apoplexie, et que pour cela ils ont nommée *constitution apoplectique*. On ne peut nier qu'elle ne prédispose à cette maladie; elle met, en effet, le cerveau sous une influence plus immédiate du cœur. Mais ce raisonnement n'est nullement d'accord avec l'observation; elle nous prouve que l'influence de cette constitution a été beaucoup exagérée, et que les autres constitutions y sont beaucoup plus exposées qu'on ne le pensait autrefois. Ne voyons-nous pas tous les jours des individus d'une stature grêle, maigres et pâles, frappés d'apoplexie. M. *Rochoux* prétend, d'après un relevé fait sur un grand nombre d'apoplectiques, que les individus d'un embonpoint ordinaire y sont beaucoup plus sujets que ceux qui sont gros, gras et pléthoriques. Les premiers sont aux seconds comme quatorze est à sept. On ne peut pas, je pense, expliquer ce fait physiologiquement.

Age. On a observé l'apoplexie à tous les âges de la vie. M. *Serres* l'a vue sur un enfant de trois mois. *Hippocrate* prétend qu'on l'observe le plus souvent de cinquante à soixante ans. « *Apoplectici autem, fiunt maximè ab anno quadragesimo usque ad sexagesimum.* (Sect. 6, aph. 57.) M. *Rochoux* pense que la disposition est en raison directe de l'âge, cependant il croit qu'elle diminue après soixante-dix ans. L'apoplexie a donc été regardée de tous temps comme l'apanage de la vieillesse. M. *Richerand* explique cette particularité en disant que le cerveau, par suite du cercle qu'a parcouru l'énergie vitale dans les âges antérieurs, est devenu un centre de fluxion. Je pense, avec M. *Cruveilhier*, qu'on en trouve une cause dans l'altération pathologique des artères chez les vieillards ; en effet, c'est chez eux qu'elles présentent le plus souvent l'altération crétacée si favorable aux ruptures.

Sexe. Quelques auteurs pensent que les hommes sont plus sujets à l'apoplexie que les femmes : cela tient sans doute à ce que les premiers font plus d'excès dans le boire et dans le manger, et qu'appelés par leur rang dans la société à traiter des sujets graves et à se livrer à des études sérieuses, ils stimulent l'organe de la pensée plus que la femme, qui, naturellement sobre, mène une vie douce et agréable.

État pathologique du cœur et des gros vaisseaux. Si l'obstacle à la circulation a son siége à l'origine de l'artère sous-clavière ou dans l'aorte descendante au-dessous de la naissance des carotides, il est facile de voir qu'il favorisera l'apoplexie. Si, au contraire, il a son siége dans les artères carotides elles-mêmes, loin de favoriser cette maladie, il pourra la prévenir. L'hypertrophie du ventricule gauche du cœur a, suivant quelques auteurs modernes, beaucoup d'influence relativement au développement de l'apoplexie. M. *Rochoux* est d'un avis contraire ; il se fonde sur ce qu'ayant ouvert avec beaucoup de soin quarante-deux cadavres d'apoplectiques, trois seulement offraient cette complication. MM. *Lallemand* et *Bouillaud* ont constaté l'influence

de cette altération organique dans les encéphalites partielles ; et ce qu'ils en ont dit est applicable à l'hémorrhagie cérébrale. L'oblitération des veines qui rapportent le sang du cerveau, la ligature d'un gros vaisseau, et surtout l'altération crétacée des artères, et en particulier des artères cérébrales ; la faiblesse originelle des vaisseaux du cerveau, sont rangées parmi les causes prédisposantes de l'apoplexie.

Nous devons encore signaler les maladies des méninges, suivant M. *Récamier*, l'amputation d'un membre, l'irritation de la muqueuse gastro-intestinale agissant sympathiquement, les maladies chroniques de l'encéphale et de ses membranes en produisant une fluxion sanguine permanente vers la tête; l'épilepsie et l'hystérie, suivant *Bayle*, etc.

2°. *Causes hygiéniques.* Certaines conditions de l'atmosphère, suivant *Hippocrate ;* une grande chaleur ou un froid rigoureux, le passage subit d'une température à l'autre, le relâchement qui suit le dégel, d'après M. *Fizeau ;* des vêtemens trop serrés, et particulièrement ceux du cou; les boissons stimulantes et narcotiques, la bonne chère, et une vie molle et oisive, c'est ce qui a fait dire à *Ponsard* : « qu'il y avait plus de moines et de financiers apoplectiques que de paysans. » Les travaux de cabinet, en faisant du cerveau un centre habituel de fluxion aux dépens des autres parties du corps, produisent très-souvent l'apoplexie. Personne n'ignore qu'elle a enlevé à la science les *Malpighi*, les *Ramazzini*, les *Corvisart*, les *Cabanis*, les *Chaussier*, et que l'immortel auteur de la Nosographie philosophique en a éprouvé plusieurs attaques.

Causes efficientes. On donne ce nom à celles qui agissent au moment où l'hémorrhagie s'effectue. Les causes prédisposantes peuvent devenir efficientes, mais ce nom est réservé à celles qui agissent plus promptement. Tout ce qui irrite fortement l'encéphale peut devenir une cause efficiente de la maladie qui nous occupe ; les vives affections de l'âme, l'insolation, suivant *Tissot ;* une subite et forte im-

pression du froid : c'est à cette dernière cause qu'est due l'apoplexie qui a enlevé le célèbre naturaliste *Daubenton* (*Pinel.*) Elle frappe souvent des individus bien portans après un repas copieux, surtout ceux dont l'existence, tout à fait animale, se borne à boire et à manger. Que d'hommes, abusant des plaisirs vénériens dans un âge où la nature les proscrit, ou ne permet d'en user qu'avec réserve, ont été victimes de cette imprudence! Des vieillards, unis à de jeunes femmes, ont trouvé la mort dans les premiers embrassemens de leurs épouses. Ce malheur est encore plus à craindre quand les désirs, au lieu d'être naturels, sont excités par des substances prises dans la pharmacie.

Disons, en terminant, qu'il arrive beaucoup d'hémorrhagies cérébrales dont il serait facile d'assigner les causes, tant prédisposantes qu'efficientes.

Fidèle à ses théories, l'école physiologique pense que presque toutes les causes de l'apoplexie agissent sur l'estomac plutôt que sur le cerveau. Avouons que l'estomac peut favoriser beaucoup le développement de l'hémorrhagie cérébrale, soit en agissant sympathiquement sur le cœur ou sur le cerveau, soit en introduisant dans l'économie des excitans directs, des boissons alcoholiques, ou une surabondance de molécules réparatrices. Mais, d'un autre côté, n'est-il pas peu rationnel de faire de la muqueuse gastro-intestinale un centre duquel partent toutes les irraditions sympathiques, et à laquelle toutes les stimulations intérieures et extérieures viennent aboutir?

Symptômes précurseurs.

« Vertiges, éblouissemens, tintemens d'oreilles, douleurs de tête « plus ou moins vives, souvent accompagnées de rougeur à la face, « ou de bouffées de chaleur à cette partie; altération momentanée « des facultés intellectuelles, perte de la mémoire, bégaiement acci- « dentel, impossibilité subite et passagère de parler, tendance invin- « cible au sommeil, hébêtement, apparition fréquente de bluettes

« lumineuses, gonflement de jugulaires, palpitations, tremblement « de tout le corps, etc., etc. »

Tels sont les symptômes que l'on regardait comme appartenant au prodrôme de l'apoplexie. Mais depuis les beaux travaux qui ont été publiés dans ces derniers temps sur les maladies de l'encéphale, l'on sait que ces symptômes n'appartiennent point à cette maladie, qu'ils s'observent aux prodrômes de beaucoup d'autres affections cérébrales, et que si dans quelques cas, très-rares, on les a observés dans l'apoplexie exempte de complications, on doit avouer qu'elle apparaît le plus souvent sans eux. M. *Rostan* dit que dans les dix-neuf vingtièmes des cas, l'apoplexie apparaît sans symptômes précurseurs. Sur soixante-trois observations d'apoplexie recueillies par M. *Rochoux*, neuf seulement ont présenté quelques-uns des symptômes précurseurs indiqués, et parmi eux quatre étaient habituellement sujets à des vertiges, qui ne se sont pas sensiblement augmentés immédiatement avant l'attaque. Lorsqu'on observe quelques symptômes précurseurs dans une apoplexie, ils sont l'expression d'une maladie concomittante, telle qu'une congestion, un ramollissement, un arachnitis.

Symptômes, marche, durée et terminaison de l'apoplexie forte ou *foudroyante.* C'est à ce degré de l'hémorrhagie que les symptômes se dessinent avec force. Elle frappe un individu jouissant de la santé la plus florissante en apparence, soit pendant le sommeil, soit pendant la veille, soit pendant qu'il se livre à ses travaux et à ses plaisirs. Elle débute d'une manière brusque, instantanée; en peu d'instans elle arrive à son plus haut degré. Le malade tombe tout à coup dans un carus profond; s'il est debout ou assis, il tombe immobile, et offre une résolution complète des membres. Les fonctions de l'encéphale sont suspendues; l'ouïe est insensible aux sons les plus aigus, la membrane pituitaire aux odeurs les plus fortes, l'œil à la lumière; les pupilles sont immobiles, quelquefois inégalement dilatées; ce qui indique, suivant M. *Rostan*, qu'un des côtés du cerveau est plus affecté que l'autre. C'est en vain qu'on sollicite quelques marques de

sensibilité en pinçant ou piquant les membres; tout le corps de l'apoplectique n'est plus qu'une masse inerte qui, cédant à son propre poids, tombe quand on la soulève. Quelquefois les membres offrent une roideur générale; dans quelques cas, ils sont agités de mouvemens convulsifs.

Il n'y a rien de constant dans les phénomènes morbides généraux; la face est tantôt rouge, rouge bleuâtre, tantôt pâle, le plus souvent tuméfiée; les yeux sont saillans, les lèvres sont écumeuses, livides, et poussées en avant à chaque expiration. Le pouls est tantôt fort, dur, fréquent, développé, tantôt concentré et irrégulier. La respiration est dans quelques cas gênée et stertoreuse. La chaleur de la peau est le plus souvent augmentée. On remarque encore des vomissemens et des déjections involontaires; quelquefois la défécation est impossible. Mais une sueur froide et visqueuse couvre bientôt le visage; le corps se refroidit; le râle augmente par l'accumulation de mucosités dans les bronches, la dyspnée devient extrême, le pouls faible, tumultueux, de plus en plus rare, et enfin insensible; le cœur cesse de battre, et le malade expire.

La durée de l'hémorrhagie de cette espèce est courte, et sa terminaison funeste : c'est l'apoplexie foudroyante des auteurs. Les malades succombent ordinairement au bout de quelques heures; rarement vivent-ils deux ou trois jours. Quelques auteurs pensent que la mort peut être instantanée, la maladie ne durer que quelques minutes. M. *Rostan*, qui a observé des centaines d'apoplectiques, assure qu'il n'en a jamais vu périr au moment même de l'attaque, que tous ces malades ont vécu quelques instans, quelquefois plusieurs heures, et même plusieurs jours, quoique l'on trouvât à l'ouverture tout un hémisphère du cerveau détruit, et l'autre très-altéré par une quatité énorme de sang. Ces morts subites reconnaissent un autre cause, soit une maladie de cœur et des gros vaisseaux, soit une altération particulière et instantanée du système nerveux.

Symptômes, marche, durée et terminaison de l'hémorrhagie moyenne. Dans ce second degré de l'hémorrhagie cérébrale, les phénomènes sont moins prononcés. Au milieu de la santé la plus florissante en apparence un individu perd subitement connaissance et tous les mouvemens de tout un côté du corps ; il tombe dans un état comateux, d'où il n'est pas impossible de le tirer, du moins momentanément. Lorsqu'on dirige un excitant quelconque sur un de ses sens, il donne ordinairement quelque témoignage de sensibilité ; si l'on présente une lumière vive devant ses yeux, les pupilles se contractent, mais l'une ordinairement plus que l'autre ; une odeur pénétrante, telle que celle de l'ammoniaque liquide, lui fait éprouver une sensation pénible : il en est de même des cris. La sensibilité du côté paralysé varie suivant presque tous les cas ; quelquefois elle est entièrement abolie ; quelquefois, si l'on pince fortement le côté paralysé, celui qui ne l'est pas se meut comme pour soustaire l'autre à la douleur. J'ai vu un malade qui accusait de la douleur tantôt au bras, tantôt à l'extrémité des doigts lorsqu'on lui pinçait l'avant-bras. Le plus souvent la paralysie est plus prononcée au membre supérieur qu'à l'inférieur ; aussi celui-ci recouvre-t-il ses forces plus vite que l'autre. La bouche est ordinairement déviée ; l'une des commissures est entraînée du côté non paralysé.

Les symptômes généraux sont très-variables ; ils offrent avec ceux de l'hémorrhagie forte la plus grande analogie, seulement ils sont un peu moins intenses. Les artères temporales et carotides battent avec force ; le pouls est fort et un peu fréquent ; la respiration est tantôt naturelle, tantôt accompagnée de râle muqueux ou sibillant, etc., etc.

Ces symptômes fâcheux ont coutume de durer quelques momens, plusieurs heures, et même plusieurs jours ; il est des cas malheureux où malgré les moyens les plus énergiques la maladie continue à faire des progrès, et l'individu périt comme celui qui est frappé d'une apoplexie très-forte. Lorsqu'elle doit avoir une heureuse terminaison, on observe une diminution lente et graduelle de ses sym-

ptômes ; la perte de connaissance, si elle est complète, est le premier accident qui se dissipe. Voici ce que l'on observe alors ; après deux ou trois jours il se manifeste un peu de fièvre, le malade commence bientôt à exécuter quelques faibles mouvemens. Peu de jours après, il parvient à lever son bras, et enfin il arrive graduellement à le porter à sa tête. La motilité revient en même temps dans le membre inférieur plus ou moins lentement, suivant le siége de l'hémorrhagie. Le globe de l'œil reprend sa direction nouvelle, la paupière supérieure se relève, la bouche cesse d'être contournée, la langue ne se dévie plus en sortant, les forces augmentent, et au bout de deux à trois mois, le malade est guéri, et ne conserve qu'un peu de fatigue du côté paralysé. Cette terminaison est la plus heureuse et la plus plus rare ; elle ne s'observe que lorsqu'il n'y a point eu de perte de substance au cerveau. Mais si l'altération de cet organe est profonde, s'il y a eu déchirure et perte de substance, si les mouvemens sont tout à fait abolis, le malade est exposé à rester toute sa vie paralysé. Souvent alors avec l'hémiplégie persistent le prolapsus des paupières, le strabisme, diverses altérations de la vue et de l'ouïe ; quelquefois la paralysie de la langue, de la vessie, du rectum, etc. Mais il est encore de plus déplorables infirmités : souvent l'homme perd la blus belle partie de lui-même, l'intelligence lui est ravie, sa mémoire s'altère, ses facultés s'évanouissent ; et, dans un véritable état de démence, il rit et pleure comme un enfant. Enfin, plus malheureux encore, d'autres, privés de leur propre existence, sont réduits à une vie purement végétative.

Symptôme, marche, durée et terminaison de l'apoplexie faible. Un simple étourdissement, un vertige sans perte complète de connaissance, un engourdissement subit d'un membre ou de deux membres du même côté ; de la pesanteur dans ce membre, de la difficulté à saisir les objets menus, une légère diminution dans la sensibilité, de l'embarras dans la langue, de la difficulté à s'énoncer ; tels sont les principaux caractères de l'apoplexie faible. Les phénomènes gé-

néraux sont variables, et peu caractérisés; le visage est tantôt naturel, tantôt pâle ou rouge. La respiration et la peau offrent peu de changement ; le pouls est ordinairement un peu développé et légèrement fréquent. Il est rare qu'une hémorrhagie si faible occasione la mort. La paralysie diminue de jour en jour, et la guérison est complète au bout de trois ou quatre semaines. Il ne reste point d'infirmités graves; seulement un peu de faiblesse et d'engourdissement dans le côté paralysé.

Diagnostic différentiel de l'apoplexie et des maladies qui peuvent la simuler. Beaucoup de maladies peuvent simuler jusqu'à un certain point l'apoplexie, et ont été par cette raison, ainsi que nous l'avons déjà fait observer, confondues sous le même nom. Aujourd'hui, à quelques exceptions près, la diagnostic s'environne de difficultés rarement insurmontables : les travaux de MM. *Rostan* et *Lallemand* ont mis hors de doute cette proposition. Un exposé succinct des symptômes caractéristiques des maladies aiguës qui pourraient en imposer fera ressortir toutes les différences qui existent entre elles et l'apoplexie.

1°. *Congestion cérébrale ou coup de sang.* Quoiqu'elle puisse révêtir toutes les formes d'une apoplexie forte, perte subite de connaissance, résolution des membres des deux côtés du corps ou d'un seul, etc., on la distinguera facilement à la promptitude avec laquelle les accidens disparaissent. La congestion disparaît au bout d'une ou plusieurs heures, rarement trois ou quatre jours; tandis que l'apoplexie la plus faible dure au moins trois ou quatre semaines. Cette dernière détermine toujours une paralysie, ce qui arrive rarement pour la congestion.

2°. *Ramollissement du cerveau.* Les individus qui en sont atteints deviennent moroses, impatiens, irascibles, se plaignent d'une céphalalgie opiniâtre dans un point fixe de la tête, de fourmillemens et d'engourdissement dans les membres. La sensibilité et la miotilité diminuent graduellement; les membres sont quelquefois en convul-

sion, presque toujours ils se contractent, et finissent par se paralyser complètement. La perception, le jugement, la mémoire, l'imagination s'affaiblissent; les organes de la vision éprouvent une altération plus ou moins sensible; la figure a perdu son expression, et porte l'empreinte de la stupeur.

Ces symptômes sont loin d'être ceux de l'hémorrhagie cérébrale : sa marche est inverse; le coma est le premier phénomène qui se manifeste dans celle-ci, c'est le dernier qui survient dans le ramollissement du cerveau. Mais le diag ostic n'est pas toujours aussi facile : il arrive quelquefoi que le ramollissement présente une marche rapide, et que le malade a perdu connaissance avant que l'on ait pu l'observer. Il faut alors surtout, quand le commémoratif manque, tenir compte de l'état des membres, voir s'ils ne sont pas contractés ou affectés de mouvemens convulsifs, symptômes qui ne se rencontrent point dans l'hémorrhagie cérébrale. Le muscle orbiculaire des paupières participe également à une contraction, de sorte qu'on éprouve une certaine résistance lorsqu'on veut découvrir le globe de l'œil du côté affecté. Dans l'apoplexie, au contraire, la paupière paralysée se laisse soulever avec la plus grande facilité. Si l'on n'observe le malade pour la première fois qu'au moment où il y a résolution complète des membres, les symptômes qui viennent d'être indiqués n'existent plus; on sera forcé de rester dans le doute.

3°. *L'arachnitis*, ou l'inflammation des membranes du cerveau, est presque toujours une affection générale. Elle se manifeste par des symptômes généraux et des phénomènes fébriles très-prononcés, frisson, céphalalgie violente, dont le siége est variable, accompagnée d'une chaleur vive de la tête, d'une coloration de la face et des conjonctives, etc. Bientôt apparaît un délire furieux; le malade crie, vocifère, etc. On remarque des mouvemens spasmodiques des membres et des soubresauts des tendons. Quand l'inflammation a passé à l'état de suppuration, on aperçoit un anéantissement, une suspension plus ou moins complète des facultés mentales et de la sensibilité générale;

quelquefois les membres se paralysent, les pupilles se dilatent, restent immobiles, etc.

Dans sa dernière période seulement, cette maladie pourrait être confondue avec l'apoplexie; mais le début, la marche, les symptômes de la première affection empêchent toute méprise.

4°. *L'encéphalite* débute par un frisson, avec une douleur de tête plus ou moins vive, accompagnée de tintemens d'oreilles, d'irritations de la rétine, d'engourdissement et de fourmillement dans les membres; le pouls est fort et fréquent; quelquefois le malade éprouve des vomissemens. Lorsque l'inflammation est bornée à un des lobes du cerveau, un des côtés du corps présente seulement ces signes; ils sont susceptibles d'augmenter ou de diminuer en peu de temps, suivant que la terminaison de la maladie doit être heureuse ou malheureuse. Dans ce dernier cas, les sensations s'obscurcissent; il se fait un épanchement de sérosité dans le ventricule du cerveau, ou un véritable ramollissement de cet organe. Le malade perd tout à coup connaissance; les extrémités sont frappées de paralysie; la respiration devient stertoreuse, le pouls inégal et irrégulier, les fonctions ne s'exécutent plus, et le malade succombe.

C'est encore dans sa dernière période seulement que cette affection offre quelque ressemblance avec l'apoplexie. On reçonnaît que la paralysie qui survient à la fin de cette maladie n'est pas due à une hémorgie cérébrale, 1°. aux symptômes précurseurs, 2°. à la contracture des membres et aux mouvemens convulsifs dont ils sont affectés. 3°. à l'instabilité des symptômes, qui peuvent augmenter ou diminuer en peu de temps; tandis que dans l'hémorrhogie cérébrale, ils suivent une marche lente et régulière.

5°. *Hydrocéphale aiguë.* C'est une maladie de l'enfance; les adultes en sont rarement atteints; elle se montre ordinairement pendant le premier septénaire de la vie. Une céphalalgie avec mouvement de rotation de la tête presque continuel, des nausées, des vomissemens,

de l'agitation, des cris, des mouvemens convulsifs des yeux; les pupilles immobiles, mais se contractant et se dilatant alternativement d'une manière spontanée; de légères convulsions dans différentes parties du corps, tels sont les symptômes que l'on remarque au début de cette maladie; mais ils augmentent bientôt d'intensité, la paralysie survient, elle affecte presque toujours les deux côtés du corps, l'épanchement qui la produit ayant lieu à la surface du cerveau ou dans les ventricules.

Il sera donc facile de distinguer ces deux affections. Dans l'hydrocéphale, on observe des symptômes précurseurs, à moins que la maladie n'ait marché avec beaucoup de vitesse. On n'en observe presque jamais dans l'apoplexie. Dans la première, il y a des convulsions, soubresauts des tendons, et hémiplégie double; dans la seconde, ces phénomènes ne s'observent que fort rarement.

6°. L'*hystérie* est une affection chronique qui ne se rencontre guère que chez les femmes : on la distinguera facilement; elle est intermittente, l'apoplexie ne l'est jamais; elle offre des symptômes précurseurs, l'apoplexie n'en a pas; elle détermine des mouvemens spasmodiques ou convulsifs, l'apoplexie jamais; rarement elle est suivie de paralysie, l'apoplexie toujours. Dans l'hystérie, tantôt l'abdomen se gonfle et devient douloureux, tantôt la malade a la sensation d'une boule qui lui semble partir de l'hypogastre, traverser l'abdomen et la poitrine pour venir s'arrêter à la gorge, où elle produit une espèce d'étouffement et de strangulation.

7°. L'*épilepsie* se reconnaît aux commémoratifs. La roideur tétanique, les convulsions générales, l'absence de paralysie; le prompt retour à la connaissance et à la santé, ne permettent pas de confondre ces deux maladies entre elles.

8°. L'*asphyxie* est toujours le résultat d'une cause qu'il est possible de reconnaître, soit que cette affection ait lieu parce que l'air ne pé-

nètre pas dans les poumons, ou parce que celui qui y pénètre est délétère et impropre à la respiration. Les symptômes varient suivant chaque espèce d'asphyxie; disons seulement que la peau est injectée, qu'il y a résolution des membres, suspension de la respiration et de la circulation. L'absence du pouls suffit pour établir le diagnostic différentiel, puisqu'il bat toujours dans l'hémorrhagie cérébrale.

9°. La *syncope* est ordinairement précédée de malaise. Dans cet état il y a perte de connaissance, du sentiment et du mouvement; mais l'immobilité est générale, la face est pâle, le corps couvert d'une sueur froide, le pouls et la respiration sont imperceptibles. Cette mort apparente peut persister quelque temps, ensuite on voit peu à peu le malade revenir à lui.

On ne peut confondre cette affection avec l'apoplexie : elle ne débute pas de la même manière. L'apoplexie suspend très-rarement la circulation et la respiration; la syncope ne laisse après elle aucune paralysie, tandis que l'apoplexie en est constamment suivie, quoique le malade ait recouvré sa connaissance.

Telles sont les maladies qui peuvent simuler l'apoplexie; d'autres ont encore été notées par les auteurs, mais elles offrent des symptômes si tranchés, que je crois inutile d'en parler.

Complications de l'apoplexie. Il n'est pas rare de voir des apoplectiques qui en tombant se font des contusions, des plaies contuses; quelquefois ils se luxent ou se fracturent un membre. Ces complications se reconnaissent facilement aux signes qui leur sont propres. Parmi les complications intenses, les plus redoutables sont la congestion cérébrale et le ramollissement du cerveau. On présume qu'un apoplectique est menacé d'une congestion cérébrale quand la face se colore, quand le pouls devient fort, plein, developpé; quand la tête devient chaude, douloureuse, et que le malade paraît sans cesse endormi. Cette congestion a eu lieu si l'individu, après avoir recouvré sa connaissance, est retombé dans le coma, et si après l'en avoir fait sortir

on retrouve la paralysie au même degré. Un ramolissement est à craindre quand on voit un apoplectique accablé par un sommeil continuel, quand les membres paralysés se contractent, deviennent douloureux, et que les symptômes vont en augmentant. Un nouvel épanchement se fait si la paralysie a beaucoup augmenté, ou si elle affecte des parties qui étaient saines avant ce nouvel accident.

Beaucoup d'autres maladies du cerveau, des viscères pectoraux ou abdominaux, peuvent compliquer l'hémorrhagie cérébrale; chacune présente des symptômes qui lui sont propres et réclame un traitement particulier.

Anatomie pathologique. Le cerveau et des dépendances offrent des altérations pathologiques relatives à l'intensité des symptômes dont s'est accompagnée l'apoplexie. En général, les cadavres des apoplectiques conservent beaucoup plus long-temps leur chaleur que ceux des individus mort d'une phlegmasie du poumon ou du canal digestif.

Dans l'hémorrhagie forte, le visage et le cou sont rouges, d'une couleur bleuâtre ou violacée; quelquefois cependant ils sont pâles et n'offrent rien de remarquable. Les tégumens du crâne sont infiltrés de sang noir; la dure-mère est injectée; ses vaisseaux et ses tissus sont gorgés de sang. Les inégalités du cerveau ont disparu entièrement ou presque entièrement; cet organe présente un plan uniforme, qui reconnaît pour cause la pression que l'épanchement exerce sur lui de dedans en dehors. Dans un des points du cerveau, qui varie, on trouve un foyer de sang noir, le plus souvent en partie concret et en partie liquide : il pèse de cinq à six onces, et communique, dans quelques cas, soit avec la surface du cerveau, soit avec la cavité des ventricules, ce qui a fait croire à tort à quelques observateurs qu'il était exhalé sur leur surface même. Souvent une communication directe a lieu entre les deux ventricules latéraux par la déchirure du septum lucidum. Le foyer apoplectique récent a une forme irrégulièrement sphérique; ses parois sont inégales, déchirées; on y re-

marque des lambeaux de substance cérébrale, soit complètement détachés ou mêlés de sang, ce qui est très-rare, soit tenant encore au cerveau par une de leurs extrémités. Tout au tour la substance cérébrale présente des altérations plus ou moins grandes; le plus souvent elle est déchirée, rarement saine, quelquefois maculée de sang; dans des cas rares, à la vérité, elle semble avoir été malaxée avec le sang dans une très-grande étendue. M. *Rostan* a vu des hémorrhagies cérébrales fortes qui avaient désorganisé toute la masse encéphalique. Dans ces cas, il serait impossible de dire quelles ont été les complications de l'hémorrhagie.

Dans l'hémorrhagie cérébrale, que j'ai appelée *moyenne*, le caillot de sang pèse de trois à quatre onces. Le sang ne fait pas irruption dans les ventricules, et ne comprime pas l'hémisphère opposé. Ce dernier caractère établit la ligne de démarcation entre l'hémorrhagie forte et l'hémorrhagie moyenne.

Dans l'hémorrhagie faible, quand les malades succombent, on trouve un caillot de sang de la grosseur d'une aveline.

Il est important d'examiner les changemens que l'on observe dans le caillot quelques jours après sa formation, et dans la substance cérébrale, quand la guérison a eu lieu. Dans l'hémorrhagie forte, la maladie n'ayant à ce degré qu'une durée fort limitée, et étant toujours promptement mortelle, le sang épanché subit peu de changemens. On le trouve en caillots noirâtres, dont la couleur devient de plus en plus claire à mesure que l'on s'éloigne du centre du foyer. L'hémorrhagie moyenne est susceptible de guérison, ou fait périr le malade plusieurs jours après son invasion: l'on observe alors dans le sang des changemens remarquables. Au bout de trois ou quatre jours, le sang est noirâtre et sous la forme d'un caillot mou. Au bout de quelques jours, ce caillot diminue de volume, en même temps il augmente de consistance, et revêt une couleur moins foncée. Plus tard, il augmente encore en consistance, diminue de grosseur, et pâlit de plus en plus. Au bout de douze à quinze jours, il est de couleur jaune safranée, ou de couleur d'ocre. Il est alors entouré d'une lymphe roussâtre, qui semble être destinée

à le dissoudre, et qui l'a déjà liquéfié à sa circonférence. On trouve dans la substance qui environne l'épanchement une teinte jaune-serin d'abord très-marquée, et qui diminue ensuite insensiblement, et finit par se confondre avec la couleur naturelle du cerveau. Au bout de deux mois, le sang est presque entièrement absorbé. La poche caverneuse qui contenait le sang épanché, éprouve aussi des changemens remarquables. « Irrégulière dans le principe, elle se glisse, se res-« serre sur le caillot de sang, qui chaque jour diminue de volume ; « se régularise, devient sphéroïde, et lorsque ses parois peuvent arri-« ver au contact, l'adhésion s'établit entre elles, et la cicatrisation est « opérée. Tantôt lorsque le foyer est petit, c'est une cicatrice linéaire, « tantôt un nœud ou noyau, d'une densité fibreuse, qui contraste « singulièrement avec la mollesse des parties environnantes. Mais si « la juxta-position des parois ne peut avoir lieu, ces parois se cica-« trisent séparément, et constituent une sorte de ventricule ou de « caverne à parois contiguës et exhalantes, le plus souvent unies « entre elles à l'aide d'un tissu cellulaire séreux de couleur brunâtre. « D'autres fois c'est un kyste à parois lisses tapissées par une mem-« brane plus ou moins ténue, ordinairement jaunâtre, qui exhale et « absorbe en un mot. De ces modes de cicatrisation, le plus fréquent « est sans contredit le noyau dur; en second lieu viennent les cavernes, « en troisième lieu les kystes. La cicatrice est la forme la plus rare.» *(Cruveilhier.)*

Des différentes parties du cerveau, les unes sont plus souvent que les autres le siége de l'apoplexie. *Morgagni* prétend avoir rencontré l'épanchement plus souvent du côté droit que du côte gauche. Cette idée n'a pas été confirmée par les tableaux faits dans ces derniers temps. Aucune partie de l'encéphale n'est plus fréquemment le siége des foyers apoplectiques que les corps striés. *Morgagni* avait déjà remarqué la fréquence des hémorrhagies dans ce lieu : il en trouvait la cause dans la texture particulière des corps striés. En effet, ils ont une mollesse presque pulpeuse, et ils renferment une grande quantité de vaisseaux artériels et veineux d'un certain calibre, et de vaisseaux

capillaires. Sur quarante un épanchemens observés par M. *Rochoux*, vingt-quatre avaient leur siége dans le corps strié.

Sur trois cent quatre-vingt-douze observations d'hémorrhagies cérébrales consignées dans les divers auteurs, deux cent deux occupaient à la fois les corps striés et les couches optiques, soixante-une les corps striés, trente-cinq les couches optiques, vingt-sept la portion des hémisphères située au-dessus du centre ovale de *Vieussens*, seize les lobes latéraux du cervelet, dix le lobe antérieur du cerveau, neuf le mésocéphale, huit la moelle épinière, sept le lobe postérieur du cerveau, cinq le lobe médian du cervelet, trois les pédoncules du cerveau, une les pédoncules du cervelet, une les corps olivaires, une la glande pituitaire. (*Andral*, Anatomie pathologique.)

Diagnostic du siége de l'apoplexie d'après les symptômes. La science n'est point encore assez avancée pour qu'on puisse dans tous les cas possibles déterminer quel est le siége de l'apoplexie, les symptômes apoplectiques étant donnés. L'inégalité d'influence des lésions du cerveau sur le sentiment et le mouvement des différentes parties du corps a fait tirer cette conséquence qu'il n'y avait pas dans le cerveau de *sensorium commune* proprement dit, mais bien des départemens plus ou moins exactement circonscrits, auxquels correspond telle ou telle région du corps. On peut tout au plus, par un simple calcul de probabilités, prévoir le lieu malade. Vouloir le déterminer positivement, serait, suivant M. *Rochoux*, s'exposer à être souvent démenti par l'ouverture des cadavres. Nous savons cependant que toutes les fois qu'il existe une altération quelconque dans un hémisphère du cerveau, c'est toujours dans le côté opposé du corps que se manifestent les désordres fonctionnels. Cependant quelques faits publiés dans ces derniers temps semblent faire exception à cette règle générale. D'après des recherches assez nombreuses, il paraîtrait, 1°. que dans les paralysies du bras, l'altération cause de la maladie existe dans les couches optiques et ses irradiations, tandis qu'on la rencontre dans les corps striés et ses irradiations dans la paralysie de la jambe;

2°. l'hémiplégie indique la lésion simultanée de toutes ces différentes parties ; si l'hémiplégie était incomplète, elles seraient inégalement altérées ; 3°. la paralysie des deux côtés du corps se rapporte à une lésion double, ou, suivant M. *Serres*, à celle de la protubérance annulaire, ou de la partie supérieure de la moelle vertébrale. Les auteurs ne sont pas d'accord sur le siége de l'épanchement dans ce cas de paralysie de la langue. M. *Foville* dit qu'il a constamment rencontré une altération d'une des cornes d'Ammon ; M. *Bouillaud*, au contraire, pense que cette paralysie dépend d'une lésion des lobules antérieures du cerveau.

Il est difficile de déterminer *à priori* les apoplexies du cervelet ; en effet, les fonctions de cet organe sont encore un point en litige. Le docteur *Gall* pense qu'il préside à la génération : cette opinion paraît la meilleure. Ainsi M. *Serres* a observé un état de priapisme dans deux cas d'affection du cervelet ; l'un dépendait d'un épanchement sanguin, l'autre d'une inflammation. Ce médecin regarde comme signe pathognomonique de l'apoplexie cérébrale l'état d'érection, de demi-érection sur le vivant ou sur le cadavre. M. *Gall* regarde l'érection des pendus comme le résultat de l'action de la corde sur la région du cervelet ; il prétend que cet organe s'atrophie chez les eunuques. M. *Larrey* cite l'observation d'un militaire qui après avoir reçu un coup de sabre ne ressentit jamais aucun désir vénérien. M. *Flourence* regarde le cervelet comme le régulateur des mouvemens, tandis que M. *Magendie* pense qu'il préside aux mouvemens en avant. Suivant M. le professeur *Cruveilhier*, l'érection tient à un trouble profond dans la respiration et la circulation.

Quant aux parties du cerveau qui président à l'intelligence, nous ne sommes pas plus instruits. L'anatomie pathologique n'est point encore assez avancée pour dire telle altération organique du cerveau produit tel désordre fonctionnel.

Prognostic. L'apoplexie doit être regardée comme une maladie dangereuse, puisqu'elle prive l'homme souvent d'une partie de ses

membres, et qu'une première attaque prédispose à une seconde. Cependant le prognostic devient plus ou moins fâcheux suivant le degré de l'hémorrhagie, son siége, l'intensité des symptômes et leur durée; suivant l'âge, la constitution du sujet, la saison, les causes qui ont produit la maladie, et enfin suivant les complications qui surviennent.

Traitement. Dans toute apoplexie, il se présente trois indications à remplir, 1°. combattre l'hémorrhagie, 2°. favoriser la résorption du caillot, 3°. prévenir de nouvelles attaques.

Il serait inutile de rapporter ici la série des moyens plus ou moins ridicules préconisés autrefois comme antiapoplectiques; le temps et la raison, éclairés du flambeau de l'anatomie pathologique, en ont enfin fait justice. Lorsqu'un individu est frappé d'une attaque d'apoplexie, il faut le transporter sans l'agiter dans un lieu où circule un air pur et frais, le coucher dans une position telle, que la tête et le tronc soient fortement élevés, cette position étant la plus propre à débarrasser le cerveau du sang qui y afflue; ensuite on enlevera promptement ses vêtemens. Ces premiers secours étant donnés, on aura recours aux moyens curatifs, et l'on mesurera leur énergie sur l'intensité des symptômes et sur les forces de l'individu. Les plus efficaces, sans contredit, seront les saignées générales. Le point en litige est le lieu d'élection pour l'émission sanguine. La section de l'artère temporale a été conseillée; l'évacuation sanguine que l'on obtient par ce procédé remplit bien le but que l'on se propose, mais la compression que l'on est forcé d'établir pour arrêter le sang me semble un inconvénient qui doit la faire rejeter. La saignée de la jugulaire a été fortement recommandée par *Valsalva :* elle dégorge très-promptement les vaisseaux du cerveau; elle doit être faite sans bandage, car la compression du cou produisait aussitôt les accidens les plus graves. Si le sang coule mal, ou si l'on ne peut en tirer une quantité suffisante, on ouvrira de suite une des veines du bras ou du pied. La saignée du pied est préférée par quelques praticiens, parce que, disent-

ils, elle agit plus promptement comme révulsif; mais dans beaucoup de cas elle ne donne point un écoulement de sang assez prompt et assez abondant. La saignée du bras doit donc être employée presque toujours de préférence. Lorsqu'il n'existe qu'une hémiplégie, on choisira, suivant le précepte d'*Arétée*, le côté sain, parce que du côté malade le sang coulerait difficilement, et non dans l'intention d'agir plus directement sur le côté du cerveau, qui est malade, comme le prétendaient *Valsalva* et *Morgagni*. M. *Cruveilhier* a proposé la saignée de la pituitaire, d'après l'influence des épistaxis sur les maladies cérébrales, influence constatée par un grand nombre de faits. Des sangsues dans les narines lui ont paru remplacer avantageusement cette saignée par l'instrument. Ici se présente une question qu'il est important de résoudre : l'apoplexie arrivant souvent après un repas, doit-on avoir recours à la saignée, malgré la plénitude de l'estomac? On conçoit que c'est toujours une circonstance défavorable, mais qui, suivant la plupart des médecins, ne contr'indique pas la saignée, vu que l'estomac ne digère pas, l'influence cérébrale étant suspendue, et qu'il est urgent d'agir pour faire cesser les accidens qui menacent la vie. Suivant quelques praticiens, l'on devrait commencer par débarrasser l'estomac des alimens qu'il contient, en provoquant le vomissement : ce moyen est bien simple, mais il n'est pas exempt d'inconvéniens. Il n'est pas rationnel de faire faire des efforts à une personnne qui a le cerveau déchiré, et chez laquelle le sang est déjà porté avec trop de force vers la tête. Ces efforts sont propres à augmenter l'hémorrhagie en déterminant une congestion vers le cerveau.

Il est avantageux de faire succéder aux saignées générales les saignées locales, pratiquées autour de la base du crâne; elles exercent une révulsion qui détourne le mouvement fluxionnaire qui a lieu vers le cerveau, et sont propres à prévenir l'inflammation que la présence du caillot peut déterminer dans la substance cérébrale. On appliquera en même temps sur la tête des compresses trempées dans l'eau froide, ou même de la glace, dont les heureux effets ont été démontrés par

les travaux de MM. *Lallemant* et *Rostan*. Il faut prolonger l'usage de ces moyens pendant cinq à six heures au moins, autrement ils seraient plus nuisibles qu'utiles, en occasionant une révulsion qui ferait porter le sang sur le cerveau. Le vinaigre et l'eau de Cologne, qu'on a l'habitude d'employer pour faire revenir la connaissance, ne peuvent avoir aucun inconvenient; mais il n'en est pas de même des sternutatoires et des substances d'une odeur pénétrante, comme l'ammoniaque, dont les gens du monde se servent.

Ce n'est que lorsque l'on aura arrêté l'effort hémorrhagique, qu'on aura enrayé ou diminué les symptômes qu'il convient d'avoir recours aux dérivatifs. On doit exercer la dérivation sur les extrémités inférieures et le canal digestif. On donnera un lavement purgatif, et l'on enveloppera les pieds et le bas des jambes avec de larges cataplames très-chauds faits avec parties égales de farine de graine de lin et de moutarde. On laissera ces cataplasmes jusqu'à ce qu'ils causent de la douleur. On appliquera de larges vésicatoires aux jambes ou aux cuisses; ils seront entretenus pendant quinze ou vingt jours. Quelques médecins préfèrent appliquer un vésicatoire à la nuque; ce mode d'agir n'est avantageux que chez les individus d'un tempérament lymphatique, car il détermine presque toujours chez les sujets nerveux et sanguins une vive irritation, qui peut avoir des résultats funestes. On prescrira ensuite l'usage des boissons délayantes et adoucissantes, rendues légèrement laxatives, telles que la limonade, l'orangeade, auxquelles on ajoutera par litre d'eau deux ou trois onces de sirop de guimauve et une demi-once d'extrait de casse; l'hydromel avec une once de manne; la décoction d'orge perlé, de racine de chiendent, édulcorée avec du miel, et rendue laxative avec deux gros de crème de tartre soluble, ou une once de pulpe de tamarin, etc. Si le sujet est faible, scorbutique, quelques stimulans diffusibles, employés à petite dose, une infusion d'arnica, de sauge, de mélisse, seront indiqués, en ayant soin de les remplacer par des boissons moins excitantes aussitôt que la réaction paraîtra.

Malgré l'usage de tisane rendue laxative, il est encore nécessaire

de faire donner chaque jour aux malades un lavement émollient pour entretenir la liberté du ventre. On est même quelquefois forcé de recourir aux lavemens laxatifs et purgatifs, afin de faire cesser la constipation, qui est si fréquente et si nuisible dans l'apoplexie. L'emploi de ces moyens sera continué plus ou moins long-temps suivrant l'amélioration des symptômes. Ce n'est qu'au lit du malade qu'on peut en fixer la durée.

Traitement préservatif. « Il n'est qu'un seul préservatif efficace, dit «*Lancisi*, on le trouve dans un régime de vie sagement ordonné, et «dans un heureux calme de l'âme, que ne troublent, ni les succès »ni les revers. » Il serait déraisonnable de chercher des anti apoplectiques, et de se fier à cette foule de moyens perturbateurs que l'empirisme a trop vanté. Le traitement préservatif consiste dans l'usage bien entendu des règles de l'hygiène. Il faudra habiter un lieu sain, vaste et aéré, dont la température sera modérée, et à des degrés toujours égaux ; éviter de s'exposer à une trop forte chaleur, ou à un froid rigoureux ; s'habiller de manière qu'aucune partie des vêtemens ne gêne la circulation ; ne faire usage que des bains tièdes, suivre un régime doux, ne manger que des substances faciles à digérer, et tirées autant que possible du régne végétal ; proscrire les liqueurs alcoholiques, le café et tous les excitans ; ne point faire d'excès dans les plaisirs de l'amour, s'abstenir de toute méditation profonde, fuire les passions et les vives affections de l'âme ; en un mot éviter, toutes les causes que nous avons signalées.

Telles sont les règles que doivent suivre les personnes qui ont été frappées d'apoplexie et celles qui sont disposées à cette funeste affection.

FIN.

HIPPOCRATIS APHORISMI

(*edente* PARISET).

I.

Apoplectici autem ætate fiunt maximè ab anno quadragesimo usque ad sexagesimum. *Sect.* 6, *aph.* 57.

II.

Solvere apoplexiam, vehementem quidem impossibile, debilem verò, non facile. *Sect.* 2, *aph.* 42.

III.

Apoplexiæ contingunt hyeme. *Sect.* 4, *aph.* 23.

IV.

A plagâ in caput, stupor, aut delirium, malum. *Sect.* 7, *aph.* 14.

V.

Ad summos morbos, summæ curationes, quoad rectitudinem sunt optimæ. *Sect.* 1, *aph.* 6.

VI.

Cùm morbus in vigore fuerit, tunc vel tenuissimo victu uti necesse est. *Sect.* 5, *aph.* 8.